

LA CATARACTE

1) RAPPEL ANATOMIQUE

Le cristallin est une lentille biconvexe, transparente, située derrière l'iris et en avant du corps vitré. Il est maintenu en place par de nombreux micro-filaments appelés zonule de Zinn qui relient l'équateur du cristallin au corps ciliaire.

Il complète l'appareil dioptrique de l'oeil dont il représente le tiers de la puissance (20 dioptries). Son pouvoir de convergence est variable et il permet l'accommodation pour la mise au point en vision de près.

Il durcit avec l'âge, ce qui explique la presbytie, son volume augmente également avec l'âge et il pèse à l'âge adulte 250 mg.

Physiologiquement il a tendance à jaunir chez le sujet âgé. (donc pas de panique quand on parle de début de cataracte)

Il est enveloppé d'une membrane transparente, élastique, fragile, qui mesure de 5 à 20 microns. Cette capsule a un rôle important puisque elle sépare les deux secteurs du globe oculaire. Il est formé de plusieurs couches cellulaires concentriques comme un oignon, avec un noyau central et une écorce périphérique, appelée cortex.

2) LA CATARACTE

Elle correspond à une opacification progressive du cristallin.

A) Signes fonctionnels

a Baisse d'acuité visuelle, qui va de la simple gêne visuelle avec impression de vision à travers un brouillard. Elle est plus ou moins rapide en fonction de l'évolution de la cataracte et de sa localisation. Elle touche plus volontiers la vision de loin que la vision de près. A titre indicatif, pour le permis B il faut 5/10 en vision binoculaire et si un oeil a moins de 1/10, l'autre doit avoir au moins 6/10 et un champ visuel normal.

ci Il peut y avoir une amélioration paradoxale de la vision de près par augmentation de l'indice de réfraction du cristallin (myopie cristallinienne). Le patient a alors l'impression que ses lunettes de presbytie deviennent trop fortes.

o A un stade ultime, la baisse d'acuité visuelle est majeure avec persistance d'une simple perception lumineuse.

a Autre signes fonctionnels :- photophobie avec sensation de halo autour des sources lumineuses.

Diplopie monoculaire

modification de la vision de couleurs avec sensation de jaunissement. (explique par exemple le changement dans la peinture de Monet)

B) L'examen de la cataracte

Il se fait en lampe à fente, ce qui permet d'obtenir une coupe optique de l'oeil et de localiser dans l'espace, les opacités.

Cependant la cataracte peut être visualisée en éclairage oblique à l'aide de l'ophtalmoscope ou en observant la lueur pupillaire.

C) Forme anatomique

- Cataracte nucléaire
- Cataracte corticale : diffuse
en cavaliers équatoriaux
- Cataracte sous-capsulaire postérieure -
Cataracte totale : blanche ou brune

D) Forme congénitale et de l'enfant

-Hérédo-familiale

- acquise : toxoplasmose
rubéole
syphilis
uvéite
trisomie 21

Ces formes congénitales posent le problème de la rééducation de l'amblyopie après l'intervention.

E) Forme de l'adulte

-Forme secondaire

- *traumatique*

- contusive
par corps étranger ou plaie
par sidérose,
par calcose.
par la chaleur (cataracte des verriers)
par électrocution
par radiation ionisante

- *iatrogène*

- par prise prolongée de corticoïdes

- *métabolique*

- cataracte du diabétique
- cataracte par hypocalcémie

- Forme sénile : c'est la plus courante.

3) QUAND OPERER ?

En fonction de la baisse d'acuité visuelle (en général $<$ ou $=$ à 04/10ème) mais ce n'est pas le seul critère à prendre en compte

En fonction également de la gêne subjective ressentie par le patient, de son mode de vie, et donc de sa demande.

Il faut également prendre en compte les pathologies oculaires associées car le résultat final dépend de l'état de la rétine, du nerf optique, ou de l'amblyopie préalable.(notion de glaucome, opacités cornéennes, fragilité zonulaire si pseudo exfoliation capsulaire)

Parfois malgré la notion d'amblyopie profonde, l'intervention d'une cataracte totale est proposée pour pouvoir examiner correctement le fond d'oeil , notamment chez le diabétique.

Au total

Difficultés per-opératoires

le patient bouge ou tousse.

le myosis.

la cataracte totale qui empêche tout lueur pupillaire.

la cataracte dure qui nécessite l'utilisation de fortes doses d'ultrasons

Incidents et accidents:

La désinsertion zonulaire

la rupture de la capsule postérieure avec ou sans issue de vitré.

la luxation du noyau.

La complication gravissime per-opératoire : l'hémorragie expulsive.

Complications post-opératoire

L'endophtalmie dont le pronostic est incertain.

L'oedème de cornée.

l'edème maculaire.

le décollement de rétine.

Evolution tardive

la cataracte secondaire ou membranule qui se produit à peu près dans 30% de cas dans les trois ans qui suivent l'intervention. Elle correspond à une opacification de la capsule postérieure. On la traite par une ouverture au laser YAG .

CONCLUSION

Etant donné le vieillissement de la population, la cataracte devient de plus en plus fréquente .

Elle représente actuellement l'intervention la plus pratiquée en France (400 000 cas par an).

La technique opératoire a considérablement évolué depuis 15 ans et sa sophistication permet de la rendre beaucoup plus fiable. Elle reste une intervention précise et minutieuse avec ses risques et ses complications, son indication doit toujours être pesée et réfléchie.